

Travail de la Clinique chirurgicale de M. le Professeur TIXIER

Contribution à l'étude
des
Hématocèles thyroïdiennes latentes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri CONZE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 22 Janvier 1907 à BILLOM (Puy-de-Dôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**Contribution à l'étude
des HÉMATOCÈLES THYROIDIENNES LATENTES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 59

Travail de la Clinique chirurgicale de M. le Professeur TIXIER

Contribution à l'étude
des
Hématocèles thyroïdiennes latentes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri CONZE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 22 Janvier 1907 à BILLON (Puy-de-Dôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHAILIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHAILIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; LAROYENNE, assesseur ;

CIBERT et GUILLEMINET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE COMMANDANT CONZE
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS

LE PROFESSEUR TIXIER
LE PROFESSEUR COURMONT
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER
LE DOCTEUR ALAMARTINE
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER
LE DOCTEUR BONAMOUR
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR TIXIER
..Professeur de clinique chirurgicale
Chevalier de Légion d'Honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Son extrême bienveillance, sa sollicitude, son indulgence à mon égard durant deux semestres, l'intérêt qu'il porte aux élèves de l'Ecole du Service de Santé militaire resteront gravés dans ma mémoire.

A MES JUGES

AU DOCTEUR PIERRE BERTRAND

Chef de clinique à la Faculté

De longs mois passés sous sa directive m'ont permis d'apprécier ses qualités de cœur et de franchise.

A MES MAÎTRES ET CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Contribution à l'étude
des HÉMATOCÈLES THYROIDIENNES LATENTES

Introduction

Parmi les complications des goitres, il est classique de faire rentrer au premier rang les hématicèles, mais il ne semble pas, à lire les traités classiques, à dépouiller les observations, que l'on ait donné à cette complication toute l'importance qu'elle mérite.

Sans doute, on connaît très bien l'hématicèle thyroïdienne, complication aiguë, survenant sur un goitre connu, et amenant des accidents souvent inquiétants, accidents dont le diagnostic étiologique est d'ailleurs facile. Sans doute connaît-on bien aussi ces formes d'hématicèles à allure beaucoup moins aiguë, mais où la signature de l'hémorragie intra-kystique est fournie en clinique, soit par une augmentation progressive de la tumeur cervicale, soit par l'apparition de phénomènes douloureux ou de suffocation.

Mais à côté de ces deux formes, qui sont les deux seules formes classiques, il en existe une troisième que notre Maître le Professeur Tixier a individualisée dans la thèse de son élève Molette de Morangies

(*Thèse de Lyon, 1921*), sous le nom d'hématocèles thyroïdiennes latentes.

Neuf années se sont écoulées depuis l'apparition de ce travail et, soit que son attention ait été attirée plus spécialement sur cette forme très particulière de complication des goitres, soit que la loi des séries l'ait favorisé, M. le Professeur Tixier, sur 70 malades opérés pour goitres non cancéreux, dans son service, depuis plus de 8 ans, a rencontré 22 hématocèles, dont 20 étaient manifestement latentes ; cette proportion énorme l'a vivement frappé et il lui apparut utile d'insister à nouveau sur ce sujet.

Nous tenons à le remercier d'avoir bien voulu nous confier ce travail pour lequel le Docteur Pierre Bertrand, son chef de clinique, nous a précieusement guidé.

CHAPITRE PREMIER

1^o Observations présentées par Molette de Morangies dans sa thèse

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Hématocèle latente dans un kyste thyroïdien

M..., Adèle, épouse L..., 39 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une congestion cérébrale à 47 ans, mère vivante et bien portante.

Antécédents collatéraux. — Quatre frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade entre dans le service pour son goitre. Aucun de ses parents n'a, dit-elle, présenté de goitre. Elle est née à Lyon, toute sa famille est originaire de Lyon.

La malade s'est bien portée dans son enfance ; elle dit cependant avoir toujours été anémique et s'enrhumer facilement.

Réglée à 14-15 ans. Ses règles sont peu abondantes et sans grande douleur, assez régulières.

Vers 16 ans, la malade s'était aperçue qu'elle avait le cou fort et plus fort d'un côté que de l'autre.

A 18 ans, elle a contracté la fièvre typhoïde au cours d'une épidémie de quartier. Sa fièvre typhoïde s'était accompagnée de gêne pulmonaire qui avait contre-indiqué les bains. A été soignée à Saint-Pothin.

Pendant sa convalescence de fièvre typhoïde, la malade s'aperçoit qu'elle a une grosseur sur la face interne du tibia gauche. Un an après, elle est opérée. L'os a été trépané et après élimination de séquestres elle s'est remise complètement.

Son goitre augmentait petit à petit sans que la malade se soit aperçue de poussées congestives du côté de son goitre au moment de ses règles. Elle consulta alors de nombreux médecins qui lui conseillèrent des préparations iodées qui faisaient, dit-elle, diminuer légèrement son goitre.

La malade a eu la grippe avec bronchite en 1918.

En septembre 1920, la malade, qui est nerveuse et impressionnable, se sent fatiguée, perd ses forces. Elle consulte un médecin qui lui fait prendre sa température pendant plusieurs jours, la fait radiographier et ne trouve rien au poumon.

Elle se décide alors à venir se faire opérer à cause, dit-elle, des troubles de son état général, occasionnés par son goitre (émotivité croissante, irritabilité, sueurs, crises de tachycardie avec léger tremblement passager).

A son entrée, on constate une tumeur occupant la partie gauche du cou et faisant saillir le sterno-cleïdo-mastoïdien. La tumeur est mobile aux mouvements de déglutition, mais ces mouvements sont peu amples.

La peau est mobile et normalement colorée. A la palpation on sent une tumeur relativement ferme, développée au niveau du lobe gauche du corps thyroïde. Son

volume est celui d'une demi-orange et elle soulève le sterno-cleïdo-mastoïdien.

Le larynx est dévié à droite. On sent l'encoche du cartilage thyroïde en dehors de la ligne médiane.

La malade dit que la tumeur ne la gêne que dans certains mouvements étendus du cou.

La malade se sent oppressée quand elle fait un effort ou parle longtemps. Sa voix est grasseyante. Elle se plaint de sa tumeur : quand elle est, dit-elle, énervée, elle a alors des palpitations. La recherche du tremblement, les doigts étendus, est négative. Les yeux sont normaux, les pupilles égales, légère exophtalmie.

Aux poumons, quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, submatité des deux sommets, plus à droite, avec retentissement de la voix des deux côtés. Exagération des vibrations et retentissement de la toux au sommet droit

Cœur normal. Léger souffle systolique dans la région mésocardiaque qui disparaît dans les grandes inspirations et ne se propage pas.

Au toucher, utérus en position normale. Volume normal. On ne sent pas de masse accessible, mais le toucher-palper combinés montrent un peu de douleur dans le cul-de-sac latéral gauche.

Il s'agit, en résumé, d'un goitre dur, uniformément lisse, douloureux à la face antérieure, sans irradiations à la nuque, ce qui fait rejeter le diagnostic de dégénérescence, mais fait admettre que le goitre est en évolution avec phénomènes de basedowisme.

INTERVENTION. — 23 novembre 1920. Anesthésie générale à l'éther.

Incision parallèle au bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. Les muscles sont écartés. On arrive sur la tumeur ; il est difficile de trouver une zone décollable. On la libère cependant sur la face antérieure, bien qu'avec peine, mais en essayant de poursuivre la décor-

tication en arrière, elle éclate brusquement. On constate alors qu'il s'agit d'un kyste à contenu sanguin. On achève l'énucléation et on fait l'hémostase et la suture sur un drain.

Suites opératoires, très simples. La malade quitte le service au quinzième jour, cicatrisée.

En somme, il y a eu dans un kyste une hémorragie produite sans aucune phase aiguë, sans qu'un signe clinique ait pu faire soupçonner son existence.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Goitre parenchymateux à cavités pseudo-kystiques, remplies par de petites hémorragies, formant de véritables hématoécèles, latentes au point de vue clinique.

L..., Eugène, 46 ans, cultivateur, entré le 17 janvier 1921, à la salle Saint-Philippe. Le malade vient à l'hôpital pour se faire opérer d'un goitre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 67 ans (n'avait pas de goitre) de fluxion de poitrine. Mère âgée de 71 ans, bien portante. Avait un goitre du volume d'un gros poing, ne donnant lieu à aucun trouble et n'ayant jamais été traité, qui aurait disparu progressivement au moment de la ménopause, en quatre à cinq ans.

Actuellement, son corps thyroïde est encore du volume d'un œuf de poule, ne se signale par aucune gêne fonctionnelle.

Antécédents collatéraux. — Une sœur, morte à 18 ans, d'affection pulmonaire aiguë ayant duré trois mois, n'avait pas de goitre. Un frère en bonne santé, âgé de 40 ans, n'a pas de goitre.

Antécédents personnels. — Le malade appartient à

une région goitrienne. Dans son village, comptant 300 habitants, il y a trois goitreux. Aux alentours, il y en a également, mais on ne trouve pas de myxœdémateux.

Rougeole dans l'enfance. Pas d'adénite, pas de blépha-rite, pas d'otite, pas de bronchite.

Est allé en classe jusqu'à 13 ans, puis a aidé sa famille dans la culture.

A fait trois ans de service militaire. Blennorragie à cette époque ayant duré deux mois, pas de syphilis avouée.

Marié à 35 ans, femme âgée de 45 ans, de constitution frêle ; n'a pas d'appétit, tousses de temps en temps, leucorrhée abondante, pas de fausse couche, pas d'enfant.

A 40 ans, a été mobilisé dans l'infanterie territoriale, est allé aux tranchées, a été réformé en 1918 à la suite d'intoxication par les gaz et parce que son goitre grossissait.

Son goitre est apparu à 25 ans. Depuis cette époque, il n'a cessé d'augmenter progressivement de volume, mais il était parfaitement toléré. Depuis deux ans seulement, le timbre de sa voix s'est un peu modifié. Le malade éprouve quelques lancées douloureuses dans le cou (deux côtés), à la suite de travaux pénibles, et quelques palpitations. Il n'a pas maigri et n'a pas perdu ses forces.

Depuis sa réforme, quelques crises d'asthme légères quand il a trop travaillé ; la nuit, il dort bien ; n'a pas de dyspnée.

Quelques bronchites de temps en temps.

Boit assez modérément du vin et de l'eau-de-vie.

C'est le Docteur Thévenet, de Lons-le-Saunier, qui envoie le malade au Professeur Tixier.

A l'entrée, malade vigoureux, paraissant en très bon état de santé.

Goitre, volume d'un gros poing d'adulte. Le lobe droit est plus hypertrophié que le gauche. Tumeur s'étendant

du cricoïde au manubrium et d'un sterno-mastoïdien à l'autre.

A son niveau, peau normale, souple, glisse parfaitement sur les plans profonds.

Tumeur lisse, non bosselée, suivant les mouvements du larynx dans la déglutition, mobile à la mobilisation latérale. On suit partout les contours de la tumeur.

Pas de signe de goitre endothoracique, pas de goitres aberrants.

Pas de troubles du X, ni du sympathique, ni des récurrents (semble-t-il, car laryngoscopie pas faite).

Voix très légèrement rauque.

Pouls à 95, mais pas de tremblement, ni d'exophtalmie ; déglutition normale, pas de trouble de la respiration.

En résumé : signes classiques d'un goitre sans complication.

Poumons : à droite, en arrière et dans toute l'étendue du champ pulmonaire, légère submatité et respiration un peu soufflante (Docteur Dufour). Le reste des poumons respire bien. Pas de signe de tuberculose.

Cœur normal. Quelques rares extrasystoles, d'ailleurs perçues par le malade.

Foie, rate, reins normaux. Anneaux inguinaux larges, surtout à droite. Phimosis. Quelques nævi.

Jambe gauche, quelques traces d'éclats d'obus sur la peau.

Une exostose à la partie supérieure du tibia gauche.

Rien ailleurs. Toucher rectal. Prostate très légèrement hypertrophiée et dure.

Pas de température. Urines normales.

Etat général excellent Pas de troubles de l'intellect.

INTERVENTION. — 20 janvier 1921. Anesthésie générale à l'éther.

Grande incision transversale, grosse circulation superficielle. Incision longitudinale entre les muscles sous-

hyoïdiens. La capsule est très vasculaire. On fait une énucléation assez rapide.

On sent alors par l'intérieur de la poche, et situé dans le lobe gauche, un autre kyste, mais de petit volume. Par une incision partant de la grande poche kystique, on pratique l'énucléation de ce deuxième noyau intrathyroïdien.

Suture hémostatique. Un drain dans la poche.

Suites opératoires extrêmement simples. Le malade quitte le service au quinzième jour, complètement cicatrisé.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée est du volume d'un poing d'enfant, ovoïde. Elle est déchiquetée un peu à son pôle inférieur, où elle semble plus friable, et là on reconnaît une cavité pseudo-kystique, sans membrane propre, dans laquelle se moule un caillot et qui avait donné lieu, au moment de l'ablation, à un jet de sang sombre encore fluide. La tumeur est, à la coupe, de coloration rouge sombre, à reflets verdâtres ou jaunâtres, d'aspect colloïde ; des travées de tissu cartilagineux la traversent irrégulièrement. Par places, deux ou trois cavités pseudo-kystiques sans paroi propre, sortes de géodes remplies d'un caillot translucide que l'on peut élever de la poche qui le renferme.

En résumé, foyers d'hématocèles dans les géodes d'une tumeur parenchymateuse.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

F..., Philippe, 47 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort après une longue maladie. Mère morte subitement. Aucun d'eux n'avait le goitre.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort de tuberculose, une sœur morte de tuberculose, un frère mort à la guerre, un mort au régiment, deux morts de méningite. Il reste deux frères et deux sœurs. Aucun n'a de goitre.

Antécédents personnels — Aucune maladie de l'enfance.

Réformé pour goitre et taille inférieure à la limite.

Est depuis toujours porteur d'un goitre qui ne le gêne pas d'une manière très sensible.

Depuis un an et demi le goitre a augmenté ; il n'est cependant pas douloureux mais détermine de la dyspnée surtout pendant l'hiver et à l'occasion de refroidissements.

A l'entrée on est frappé immédiatement par l'aspect des plus typiques de nanisme thyroïdien que présente le malade : taille exiguë, grosse tête, massif facial élargi et aplati, poils rares et grêles, mains énormes aux doigts courts et trapus.

D'autre part, le malade présente des dystrophies congénitales intéressantes ; il existe une ankylose totale de l'épaule droite, très bien compensée par la bascule de l'omoplate dans les mouvements du bras et une déformation de l'articulation du coude ; l'humérus droit est raccourci. La radiographie de l'épaule montre une déformation considérable. Mais nous n'insistons pas sur les caractères particuliers de cette déformation qui mériteraient à eux seuls un long développement.

Portant l'examen sur le cou du malade, on découvre une tuméfaction diffuse que l'on reconnaît appartenir au corps thyroïde, malgré son peu de mobilité dans les mouvements de déglutition. Le goitre est médian et gauche, il n'est pas plongeant. La peau, à son niveau, n'est pas modifiée, ni enflammée, ni adhérente. A la palpation on décèle l'hypertrophie diffuse du corps thyroïde, mais la consistance est loin d'être partout la même ; à gauche, notamment, on sent un noyau nettement induré de con-

sistance presque calcaire, se continuant sans démarcation bien nette avec le reste de la glande.

La trachée est très déviée à droite. Cependant les signes consistent surtout en dyspnée d'effort, sans tirage, ni cornage ; la voix est rauque, presque bitonale, mais au dire du malade elle est ainsi depuis toujours. Pas d'otalgie, pas de gêne de déglutition, pas de phénomène sympathique, pas d'œdème en pèlerine du thorax.

En somme, nanisme thyroïdien s'accompagnant de goitre ancien sans symptômes fonctionnels alarmants, mais posant néanmoins le diagnostic d'une dégénérescence néoplasique possible ?

Etat général bon.

Aux poumons, aux deux sommets et surtout à droite, on trouve des signes évidents d'imprégnation bacillaire, mais on ne trouve pas de signes de lésions évolutives actuelles.

Rien au cœur. Urines : ni sucre, ni albumine.

Etat mental : intelligence éveillée, peu développée cependant. Le malade répond aux questions, ne donnant nullement l'impression d'être un crétin goitreux.

A cause de la compression de la trachée et par suite des phénomènes d'asphyxie grave, il est indiqué malgré le myxœdème d'agir sur le goitre.

INTERVENTION. — 2 mai 1921. Anesthésie générale à l'éther.

En raison de très grosses veines cervicales superficielles et comme on veut agir surtout sur l'isthme et sur la trachée, on pratique une incision médiane verticale qui conduit de suite sur l'isthme thyroïdien. On constate alors qu'il s'agit d'un vieux goitre à portions calcifiées, comprenant la presque totalité du corps thyroïde. Alors on amorce sur le milieu une énucléation sous-capsulaire, laquelle s'exécute d'une façon irrégulière à droite et en arrière. De telle sorte qu'en réalité on est conduit à reconnaître successivement comme dans la thyroïdectomie les pédicules vasculaires d'une façon séparée.

Pour conserver la plus grande partie du corps thyroïde sains, de propos délibéré on fait la ligature de ces pédicules en prenant largement la capsule et la portion correspondant aux cornes de façon à conserver de petits lobules thyroïdiens. On aperçoit, surtout à l'isthme et à droite, une parathyroïde que l'on respecte naturellement.

L'hémostase est faite d'une façon très satisfaisante. Un drain.

Suites opératoires : excellentes, sans complication.

Examen de la pièce. — A la coupe qui intéresse tout le lobe gauche du corps thyroïde enlevé on reconnaît, dans la moitié inférieure, une glande qui semble normale, un peu œdématiée cependant. Le tiers moyen est rempli par une masse d'aspect encéphaloïde plus rouge, mal limitée avec les tissus sains voisins et creusée de foyers hémorragiques, les uns récents, d'autres plus anciens, d'autres dont le foyer est complètement crétacé. Le pôle supérieur de la tumeur est complètement ossifié, on doit les couper à la scie. Il est dur à la section.

En somme, il s'agit vraisemblablement d'un adénome thyroïdien ancien, type Wölfler, avec dans son intérieur des foyers d'hématocèles typiques représentés dans l'image ci-dessus.

Examen histologique

(Dû à l'obligeance de M. Eugène POLLOSSON)

Coupe à la congélation, 3 mai 1921.

L'examen du fragment prélevé montre l'aspect général de l'adénome thyroïdien de Wölfler, c'est-à-dire que :

1° Le tissu thyroïdien est disposé soit sous forme de grosses vésicules typiques, sans contenu colloïde, soit sous forme de tubes pleins, soit même d'amas cellulaires plus diffus. Les cellules ont des caractères typiques. Pas

de prolifération à l'intérieur des vésicules. Pas de karyokinèse ;

2° Tissu conjonctif à type muqueux contenant par places des plages hémorragiques ou des zones pigmentaires qui sont l'indice de petites hématoécèles. Il est toutefois difficile de ne pas affirmer qu'il ne s'agit pas d'un épithéliome, étant donné qu'en certain point les cellules semblent avoir tendance à s'infiltrer dans les interstices conjonctifs.

2^o Observations recueillies dans le service du P^r TIXIER de 1922 à 1930

OBSERVATION I

Sainte-Anne. T. I. 1922.

Mme G..., 57 ans.

Malade entrant dans le service, envoyée pour un goitre qui, depuis quelques jours, lui cause une gêne respiratoire assez marquée, le 9 mai 1922.

Au cours de sa deuxième couche, à l'âge de 28 ans, elle s'aperçut d'une tumeur du volume d'une noix au niveau du cou. Cette tumeur resta stationnaire jusqu'à sa troisième couche, moment où elle présenta une légère augmentation. Depuis 2 ans, le goitre a présenté une augmentation marquée, très continue. Cette dernière année, elle présente une altération du timbre de la voix et une gêne respiratoire parfois assez marquée.

Malade de 57 ans, Savoyarde, 3 enfants, pas de fausse couche.

Réglée à 12 ans. Ménopause à 41 ans, sans influence sur le goitre.

A l'entrée, malade en bon état général. T. 37°5. P. 100.

A l'examen de la région cervicale, on constate un gros goitre, du volume d'une noix de coco, saillant, arrondi, globuleux, avec zones plus ou moins dures ; n'est pas douloureux, mobile, suivant les mouvements du larynx ; peau à son niveau légèrement plus rouge.

Quelques battements existent au niveau de la masse du goitre.

Petit ganglion sous-maxillaire.

Pas d'exophtalmie très marquée, mais tremblement des doigts. Douleurs dans la nuque.

INTERVENTION. — 12 mai 1922 (Docteurs Bonnet, Barbier, Bourrat).

Anesthésie régionale parfaite (Docteur Barbier).

Incision circulaire à la base du cou.

Enucléation sous une mince capsule d'une tumeur du volume d'une grosse orange, occupant la partie médiane du cou. A droite, contre les vaisseaux thyroïdiens inférieurs, un nodule crétacé. A droite et en haut, en des points qui ont des points ganglionnaires uniquement, ouverture d'une poche d'hématocèle.

A l'examen de la pièce : hématocèle, dont une partie tout entière est remplie de sang rouge vif formant un caillot : cela ressemble à une hémorragie récente en voie de coagulation. Il s'agit encore une fois d'une hématocèle à symptômes atténués, exclusivement caractérisée par l'augmentation de volume lente, la douleur et les phénomènes de basedowisme.

23 mai. — Part, excellent état.

OBSERVATION II
Sainte-Anne. 1923. T. II.

Mlle R..., 31 ans.

La malade est envoyée dans le service du Professeur Tixier pour un goitre qui, grossissant d'une manière continue depuis 10 ans, l'incite à venir se faire opérer.

La tumeur remonte à l'âge de 11 ans, dit la malade ; elle reste 20 ans stationnaire, puis, depuis 10 ans, augmente de volume d'une façon régulière, sans à-coup au moment des règles, et sans déterminer aucun trouble fonctionnel.

La malade n'est pas mariée ; a 31 ans ; est originaire de l'Isère ; n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche ; a eu une grand'mère maternelle porteuse d'un goitre.

Rien d'anormal dans ses antécédents personnels.

A l'entrée, malade au bon état général. T. 37°5. P. normal.

L'examen de la région cervicale montre une hypertrophie uniforme de la glande thyroïde ; tumeur dure, tendue, sans fluctuation, suivant les mouvements du larynx ; pas de prolongement endothoracique.

Examen général négatif.

INTERVENTION. — 17 mars 1923 (Professeur Tixier, Bonnet, Mallet-Guy). Anesthésie générale, chl. d'éthyle, éther.

Incision transversale de la peau ; incision verticale médiane sur le saphé ; incision de la capsule. Enucléation successive de différents kystes contenus dans l'isthme, dans la corne droite et enfin dans le lobe gauche. Hémostase, suture de la capsule, un petit drain dans la loge la plus volumineuse à droite.

L'examen de la pièce montre une dégénérescence kystique du corps thyroïde avec une hématocele latente dans un petit kyste.

25 mars 1923. — Sort, excellent état.

OBSERVATION III
Sainte-Anne, 1923. T. II.

Mme M..., 74 ans.

Vient du service du Professeur Teissier, où elle était soignée pour une toux rauque et une dyspnée paroxysmique ; entre le 27 avril 1923.

Depuis une quinzaine d'années, la malade présente ces phénomènes, beaucoup moins accusés au début ; ils ont coïncidé avec l'apparition d'une petite tumeur située sur le bord droit de la trachée, au-dessus de la clavicule, tumeur dont la malade ne s'était jamais inquiétée, car elle n'aurait jamais présenté de manifestations anormales quelconques.

La malade a 40 ans ; mariée sans enfants, n'a jamais eu de fausse couche. A eu, à l'âge de 24 ans, une affection l'ayant tenue 13 mois au lit.

A l'entrée, malade au bon état général. T. 37°5. P. normal.

Urines : léger disque d'albumine.

L'examen de la région cervicale montre une petite masse arrondie, surtout sensible à la palpation, située au-dessus de la clavicule, et le long du bord droit de la trachée ; arrondie, dure, suivant les mouvements du larynx, présentent de légers battements.

Pas d'expansion.

Examen des régions avoisinantes, négatif.

Examen général : larynx horizontal.

Aux sommets pulmonaires, ronchus et sibilances.

A la radio : dilatation cylindrique de l'aorte.

T. A. : bras gauche, 22,5/15 ; bras droit, 20/15.

Inégalité pupillaire.

INTERVENTION. — 14 avril 1923 (Professeur Tixier, Bonnet, Léonet). Anesthésie générale.

Incision en cravate ; section en travers des muscles sous-hyoïdiens ; ligature au passage des jugulaires ex-

ternes qui sont grosses, saillantes. Découverte du plan de clivage. Lentement, progressivement, la tumeur rétrosternale est luxée en dehors, et à partir de ce moment l'opération est rapidement terminée. Fermeture de la cavité sus-sternale ; suture hémostatique de la capsule ; petit drain.

A l'examen de la pièce : petite orange lourde ; bosselures veineuses. La surface de section présente des caillots d'hématocèle latente.

4 juin 1923. — Repart chez le Professeur Teissier en bon état.

OBSERVATION IV

Sainte-Anne, 1924. T. I.

Mme Ch..., 50 ans.

Malade entrant dans le service le 19 mars 1924, parce qu'elle présente un goitre qui, depuis longtemps, augmentait de volume d'une manière progressive, ce qui, à la longue, l'inquiétant, la détermina à venir se faire opérer.

Elle présente cette tumeur depuis 30 ans. Restée 4 ans stationnaire, celle-ci augmente depuis 26 ans de volume, sans causer de troubles fonctionnels à la malade.

Malade de 50 ans ; mariée depuis l'âge de 22 ans ; a eu d'abord une fausse couche, puis un enfant en bonne santé. Réglée à 16 ans ; l'est toujours irrégulièrement ; sans influence sur la tumeur. A été opérée d'une hernie déjà dans le service en 1923.

Mari serait paralysé (?).

A l'entrée : malade au bon état général. T. 37°2. P. normal.

T. A. 11/7,5. Urines : ni sucre ni albumine.

L'examen du cou montre un goitre volumineux, développé surtout à droite, où il atteint le volume d'une tête de fœtus ; de consistance régulière, élastique, peu mobi-

lisable, ne suivant pas les mouvements du larynx, indolore ; la peau n'est pas adhérente. A gauche, tumeur du volume d'une grosse noix, mobilisable, développée en dehors du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Examen des régions avoisinantes négatif.

L'examen général (Docteur Devic) montre une respiration soufflante au sommet droit. Légère dyspnée à l'effort.

INTERVENTION. — 20 mars 1924. A. G. K. E. (Professeur Tixier, Rochet, Ricard).

Grande incision en cravate du bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien droit au bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche. Section en travers du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et des sous-hyoïdiens. Enucléation facile du petit goitre gauche ; hémostase, capitonnage, fermeture totale de la petite poche. Puis énucléation intraglandulaire du gros goitre droit ; hémostase, capitonnage sur gros drain, petit drain. Fermeture.

L'examen de la pièce montre à gauche une tumeur dont l'intérieur est constitué par des alvéoles à parois très épaisses, dures, contenant un épanchement de sang d'hématocèle latente. A droite, grosse poche bien plus mollasse, constituée par des alvéoles beaucoup plus grandes remplies d'un liquide rosé, sorte de gelée.

A la face intérieure, les bourgeons sont douteux.

L'examen histologique a été fait par le Docteur Pollosson.

Sort le 4 avril 1924, en excellent état.

OBSERVATION V

Sainte-Anne, 1925. T. I.

Mme L..., 30 ans.

La malade entre dans le service le 7 janvier 1925, parce qu'elle est affligée d'un goitre qui, depuis 3 mois, présente une augmentation continue de volume.

C'est, il y a 4 ans, qu'elle s'aperçut d'une tumeur au niveau du cou, à droite, en boutonnant son corsage.

Elle n'a remarqué aucun trouble fonctionnel, ni accroissement de volume, au moment des règles, ni à un autre moment, jusqu'à ces 3 derniers mois où elle se mit à présenter un peu de dysphagie et de dyspnée à l'effort, en même temps que son goitre augmentait de volume. Depuis ces 10 dernières années, elle dit être affaiblie et avoir maigri de 12 kgs.

Malade de 30 ans, Espagnole, mariée, sans enfant, n'a jamais eu de fausse couche. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels, si ce n'est dans l'enfance, une chute de cheveux, accompagnée de céphalées violentes, qui persistent encore.

A l'entrée : malade amaigri, au teint coloré, varicosités sur les pommettes. T. 37° 2. P. normal.

L'examen de la région du cou montre une hypertrophie globale du lobe latéral droit du corps thyroïde ; goitre de consistance égale, ferme, mobilisable dans le sens latéral et suivant les mouvements de déglutition du larynx, pas douloureux. Pas de prolongement endothoracique.

L'examen des régions avoisinantes, ainsi que l'examen général, est négatif.

INTERVENTION. — 10 janvier (Professeur Tixier).

On fait une incision sur le bord antérieur du sternocleïdo-mastoïdien ; lentement, progressivement, on arrive sur la capsule propre du goitre. Très facilement dans le plan de clivage, on luxe en dehors le goitre que l'on enlève par énucléation. Hémostase par deux points. Petit drain.

C'est un kyste liquide, bleuté, foncé, qui contient du sang hématique ; hématocèle latente typique.

Le 20 janvier, la malade s'en va en bon état.

OBSERVATION VI
Sainte-Anne. T. I. 1926.

Mme D..., 39 ans.

La malade, qui habite Givors, entre dans le service le 28 juin 1926, envoyée par un médecin de cette ville, pour un goître qui, depuis 1 mois, l'inquiète par ses manifestations.

C'est seulement depuis 3 ans qu'elle s'est aperçue d'une tumeur dans la région du cou. Elle n'avait jamais remarqué de troubles fonctionnels, ni d'accroissement subit de son goître, jusqu'il y a 1 mois, où il grossit brusquement sans changer de consistance.

La malade a 39 ans. Pas mariée. Réglée à 15 ans. Les menstrues sont sans influence sur la tumeur.

Rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

A l'entrée : malade au bon aspect général T. 37°5. P. 96.

Au niveau de la région médiane du cou, on constate une tumeur du volume d'une mandarine, de consistance élastique, suivant les mouvements du larynx ; la peau peut être pincée. L'examen des régions avoisinantes ne révèle rien d'anormal.

L'examen général révèle une légère exophtalmie.

La malade accuse une émotivité marquée.

INTERVENTION. — 20 juin 1930 (Professeur Tixier, Pollosson et Labry).

Anesthésie locale excellente (Docteur Labry).

Petite incision transversale ; le kyste est luxé ; il éclate sous l'influence de la tension ; c'est qu'il y a eu dans ce kyste une hématocele latente.

9 juillet 1930. — La malade part en bon état ; il persiste une petite cicatrice indurée.

OBSERVATION VII
Sainte-Anne. T. I. 1926.

Mme M..., 47 ans.

La malade rentre dans le service, envoyée par le Professeur Tixier, le 1^{er} juillet 1926, qu'elle est allée consulter, parce qu'elle présentait un goitre qui, depuis quelques jours, lui causait des troubles respiratoires.

C'est à l'âge de 12 ans que la malade a constaté, pour la première fois, qu'elle présentait une tumeur au niveau de la région cervicale. Cette tumeur aurait grossi pendant longtemps sans inquiéter la malade, qui, pourtant, a essayé divers traitements par applications de pom-mades et frictions avec différents produits sans résultat. Elle n'aurait jamais grossi brusquement.

Il y a 5 ou 6 ans, la malade commença à ressentir un peu de dyspnée à l'effort. Il y a 3 ans, elle aurait eu des crises asthmatiformes nocturnes. Il y a 2 ans, elle aurait eu une gêne légère pour avaler.

La malade est mariée ; a 47 ans ; a eu 2 enfants et 1 fausse couche. Réglée à 15 ans régulièrement. Rien à noter d'autre dans ses antécédents personnels et héréditaires. Elle est originaire du Velay, région de goitreux.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une malade au faciès thyroïdien ; bon état général. T. 37°5. P. 100.

Au niveau de la région cervicale moyenne, tumeur énorme du volume d'une tête fœtale, empêchant les mouvements de flexion du cou, mobile, de consistance molle, avec, à gauche, un noyau plus tendu. Peau mobile ; légère circulation veineuse complémentaire.

L'examen des régions avoisinantes ne révèle rien.

L'examen général révèle un peu de tremblement au niveau des extrémités.

INTERVENTION. — 7 juillet (Professeur Tixier, Docteurs Pollosson, Labry).

Anesthésie du plexus cervical (Docteur E. Pollosson).
Très bonne anesthésie.

Immense incision en cravate ; les muscles sous-hyoïdiens et les sterno-cleïdo-mastoïdiens sont étalés, amincis, réduits à une lame de fibres musculaires.

On trouve un plan de clivage qui permet de séparer à gauche l'énorme kyste qui contient un liquide séro-hématique à reflet noirâtre avec une quantité de paillettes de cholestérine.

Poids du liquide : 1 kg. 200.

Le kyste ainsi détendu, on arrive aisément de proche en proche à le luxer. On aperçoit le paquet vasculo-nerveux, absolument isolé, comme disséqué, caché sous le bord postérieur du kyste. A partir de ce moment, en faisant une hémostase soignée, on luxe complètement la tumeur, on passe au-devant de la trachée déviée à droite ; on enlève un autre goitre colloïdal, gros comme une petite orange, dans le lobe latéral droit. Un drain en travers ; suture de la peau. On est obligé de remplacer la tumeur absente par de gros tampons pour faire un pansement légèrement compressif.

Le 26 juillet, sort en état satisfaisant.

OBSERVATION VIII Sainte-Anne. T. I, 1926.

Mme Ch..., 59 ans.

La malade rentre pour goitre dans le service le 7 décembre 1926.

Le goitre est apparu à l'âge de 12 ans et est resté stationnaire jusqu'à l'âge de 59 ans ; ni les règles, ni la ménopause, ni les grossesses n'ont influé sur lui. Cependant, depuis 5 ans, légers troubles fonctionnels. Depuis 3 mois, le goitre a augmenté peu à peu de volume et la malade a présenté brutalement, à un moment, une crise

avec sensation de mort imminente et gêne douloureuse.

Elle aurait noté une tuméfaction dans la région sus-claviculaire gauche qui aurait duré 8 jours. « Elle aurait, d'ailleurs toujours l'impression d'une grosse masse dans le cou. »

Malade originaire de l'Ain ; 59 ans, mariée ; mari spécifique avéré, mort ataxique ; 1 enfant mort-né, pas de fausse couche. Pendant sa grossesse, éruption suspecte, mais une albuminurie depuis 18 ans a empêché d'instituer un traitement spécifique.

A l'entrée : malade au bon état général. T. 37°5. P. normal.

Urines : sucre, 0 ; albumine, 0 gr. 03 0/00.

A l'examen de la région cervicale, goitre du volume d'une petite mandarine, régulier, arrondi, paramédian, suivant les mouvements de déglutition du larynx. On note l'hypertrophie diffuse des 2 lobes ; légère déviation de la trachée.

A l'examen général : B.-W. positif.

On institue un traitement immédiatement au Cy Hg et, après 7 piqûres, on constate une diminution légère du volume du goitre.

12 janvier 1927 — La malade part bien améliorée ; le lobe gauche a beaucoup diminué ; l'albumine a disparu.

1^{er} avril 1927. — La malade vient se montrer présentant de nouveau, depuis quelques semaines, des troubles fonctionnels. Le lobe gauche est plus volumineux, sans que l'on soupçonne une dégénérescence néoplasique.

La malade veut rentrer à Saint-Charles.

Après intervention, à l'examen de la pièce on constate à gauche une hématocele absolument typique, avec des dégénérescences calcaires multiples d'autre part.

Examen histologique (Docteur Pollosson).

Il s'agit d'un adénome thyroïdien banal bénin avec sclérose interstitielle prononcée.

OBSERVATION IX

Sainte-Anne. 1927. T. I.

Mme C..., 36 ans.

Rentre dans le service le 9 mai 1927, pour un goitre qui, grossissant un peu au moment de ses règles, l'a décidée à venir consulter.

C'est, il y a une dizaine d'années, qu'elle s'est aperçue d'une grosseur anormale sur le cou. Depuis 3 ans, elle présente seulement une petite gêne à la déglutition et un assourdissement de la voix. Ses grossesses et ses règles font augmenter de volume le goitre.

Malade ayant 36 ans. Mariée depuis 5 ans ; 1 fausse couche de 4 mois il y a 4 ans ; 1 enfant en bonne santé. A eu il y a longtemps, une pleurésie du côté gauche. A été réglée à 11 ans et l'est toujours régulièrement. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

A l'entrée, malade au bon état général. T. 37°2. P. normal.

L'examen de la région cervicale montre un goitre bilatéral avec noyau plongeant sur la fourchette sternale, sans que l'on ait de matité rétrosternale; indolore, rénitent, un peu mou, pas de circulation veineuse complémentaire.

Examen régional négatif.

Examen général (Docteur Sedaïllan) ne révèle rien d'anormal, si ce n'est une réaction vaso-motrice de la face.

INTERVENTION. — 16 mai 1927 (Professeur Tixier, Docteur Pollosson).

Anesthésie locale (Docteur Pollosson).

Incision en cravate ; dans le lobe droit, petit nodule de la grosseur d'une petite noix. Enucleation intraglandulaire typique.

Dans le petit kyste, épanchement hématique conte-

nant un liquide poisseux. On trouve là l'origine des accidents qui ont amené la malade. Fermeture totale.

La corne droite du corps thyroïde étant volumineuse, on met à sa base une ligature sur les vaisseaux aboutissant à ce niveau.

Suites opératoires excellents.

OBSERVATION X Sainte-Anne. 1928. T. I.

Mlle M..., 52 ans.

Rentre dans le service pour troubles de la défécation, à la suite d'une chute le 20 mars 1928.

L'examen général montre un goitre.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels.

A l'entrée : malade de 52 ans, au bon état général. T. 37°5. P. normal.

Urines : ni sucre, ni albumine.

L'examen du cou montre un goitre du volume d'une noix, très dur, mais bien limité et indolore, pas d'adhérences aux plans superficiels. Gêne dans l'extension de la tête et gêne très légère à la déglutition.

Le goitre aurait remonté ces derniers temps et gênerait moins la malade.

Rien à l'examen général.

INTERVENTION. — 29 mars 1928 (Professeur Tixier, Docteur Pollosson). Anesthésie locale excellente (Docteur Pollosson).

Enucléation intraglandulaire typique d'un goitre, gros comme une mandarine. Suture hémostatique de la capsule sur un petit drain.

A l'ouverture : existence d'une grande poche contenant du liquide sanguin.

Part le 10 avril 1928.

Examen histologique : adénome thyroïdien banal bénin.

OBSERVATION XI
Sainte-Anne, 1928. T. I

Mme R..., 49 ans.

La malade rentre dans le service envoyée par le Doc-Fondet pour un goitre, le 18 juin 1928. Il y a 3 semaines, elle présenta de la dyspnée accompagnée de toux et d'expectoration et c'est ce qui la détermina à consulter un médecin qui lui conseilla de se faire opérer.

Il y a 35 ans dit-elle qu'elle est porteur de ce goitre; il y a seulement 18 mois qu'elle s'aperçut des modifications de ce dernier; brusquement à ce moment qui coïncidait avec sa ménopause, elle le vit augmenter de volume et il lui causa de la dysphagie et des troubles respiratoires.

La malade a 49 ans, est mariée: deux enfants 19 et 27 ans; l'un a une cardiopathie, l'autre a eu une chorée de Sydenham à 11 ans. Père mort aliéné, mère d'un néo du foie. 1 cousine goitreuse, 2 nièces goitreuses, 1 sœur aliénée, suicidée. Est originaire d'Alsace; a été réglée régulièrement jusqu'il y a 18 mois. A eu une bronchite en 1916 — on a cru à de la tuberculose. Albumine il y a 4 ans ayant déterminé des troubles de la vue et quiadispane.

A l'entrée: malade en bon état général. T. 37°8. P. normal.

A l'examen, on note un goitre diffus volumineux, prédominant à droite, dur, non mobile, suivant les mouvements du larynx légèrement douloureux.

L'examen des régions avoisinantes ainsi que l'examen général est négatif.

Elle présente une dyspnée marquée à l'effort et de l'hyperthermie assez facilement.

INTERVENTION. — 25 juin 1928 (Professeur Tixier, Docteurs Bertrand, Caillot).

A. G. chlorure d'éthyle puis éther.

Incision en cravate. Le goitre est luxé avec tout le lobe gauche; on enlève d'abord le goitre très vasculaire au niveau de son pédicule thyroïdien inférieur; puis on pratique une thyroïdectomie partielle du lobe droit. On s'aperçoit que la corne droite est absolument saine. On sectionne en plein tissu thyroïdien. Hémostase, drainage en dehors de la ligne de suture. Le lobe gauche volumineux apparaît avec sa coloration normale. A la palpation on aperçoit cependant des séries de nodules semblant annoncer la production de petits adénomes.

A l'examen de la pièce: goitre colloïde typique dont le tissu gommeux est absolument imbibé de sang: véritable hématoécèle latente diffusé.

Le 7 juillet 1930: part, excellent état.

Le 23 septembre 1930: revient se montrer, état parfait.

OBSERVATION XII

Sainte-Anne. 1928. T. II.

Mme B..., 50 ans.

La malade entre dans le service pour un goitre le 12 juillet 1928 Le Professeur Tixier l'ayant opérée d'un néo du sein en 1927 et ayant constaté l'existence d'un petit goitre lui avait conseillé de faire enlever ce dernier.

Elle dit toujours avoir remarqué cette petite tumeur. On peut noter que la malade prétend que depuis qu'elle s'était aperçue de son néo du sein, son goitre aurait légèrement diminué de volume.

Malade à 50 ans, est mariée, a 2 enfants. A eu 2 fausses couches. A été réglée à 17 ans, irrégulièrement, seulement depuis 2 ans. A eu un polype du col enlevé il y a 10 ans. Un néo du sein, apparu à l'âge de 48 ans, est

opéré en juillet 1927: épithélioma atypique sans ganglions axillaires envahis au point de vue examen histologique.

Rien d'intéressant à signaler au point de vue antécédents héréditaires.

Revenue le 30 novembre 1929 se montrer dans le service, présentait un excellent état général et local.

A l'entrée malade en bon état général donc.

T. 37°6. P. normal.

A l'examen du cou: goitre banal développé aux dépens du lobe droit du corps thyroïde; légèrement rénitent, d'apparence kystique, est bridé par le sterno-cleido mastoïdien, suit les mouvements de déglutition; est mobile dans les deux sens.

La malade dit avoir senti cette dernière année des picotements au niveau du cou.

Examen général négatif.

INTERVENTION. — 16 juillet 1928 (Docteur Pollosson, Professeur Tixier).

Anesthésie régionale excellente.

Incision en cravate, énucléation intra-glandulaire d'un adénome du volume d'une petite mandarine, fermeture sur un drain.

A l'examen il s'agit macroscopiquement d'un goitre ayant présenté des hématoécèles anciennes et fort probablement une récente: liquide brun rougeâtre.

Sort le 28 juillet, en excellent état.

OBSERVATION XIII

Sainte-Anne. 1928. T. II.

Mme R..., 52 ans.

La malade entre dans le service, désirant se faire opérer d'une tumeur thyroïdienne qui, depuis quelques jours, lui cause une gêne pour tourner la tête à droite, le 20 novembre 1928.

Depuis l'âge de 18 ans la malade a vu son cou augmenter de volume, dit-elle, principalement à droite; cette augmentation a toujours été progressive sans à-coup brusque.

Il y a 2 ans, elle a présenté des phénomènes nerveux assez marqués: douleurs au niveau de la région thyroïdienne, tremblement des extrémités, bourdonnements d'oreille, vertiges, instabilité du caractère. Elle a consulté plusieurs médecins et est même restée 2 mois dans la clinique du Docteur Audemard qui l'a beaucoup améliorée par un traitement médical.

La malade est mariée, a 52 ans; sa mère est morte d'une rupture de veine, dit-elle; son père, mort d'une affection indéterminée, était porteur d'un goitre qui ne lui a jamais causé aucun trouble fonctionnel et qui est resté stationnaire sa vie durant. N'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche. A été réglée de 12 à 51 ans, régulièrement. Est d'origine savoyarde.

A l'entrée on se trouve en présence d'une malade en bon état général avec un visage un peu cyanosé, cependant.

T. 37°2. P. 56.

Urines: ni sucre ni albumine.

On note l'existence sur la partie droite du cou d'une tumeur en forme de demie poire, à grosse extrémité inférieure, qui déforme le cou: le corps thyroïde tout entier est légèrement hypertrophié. La peau, à son niveau, est normale, sans rougeur; peut être faiblement pincée. La tumeur n'est pas douloureuse, suit les mouvements de déglutition du larynx, est de consistance dure, uniformément. Aucune adénopathie dans les régions avoisinantes.

Examen général négatif.

INTERVENTION. — 28 novembre 1928 (Docteurs Bertrand, de Rougement, Bérard).

Anesthésie régionale parfaite.

Enucléation du goitre du lobe gauche; il s'agit d'un simple noyau adénomateux.

Puis hémithyroïdectomie droite avec ligature systématique des pédicules et section au niveau de ceux-là. Opération facile car la tumeur n'adhère pas.

A l'examen de la pièce le lobe gauche atteint le volume d'une grosse mandarine.

A la coupe au milieu du tissu thyroïdien normal, apparaissent des taches blanches, étoilées, reliquats d'hématocèles anciennes.

Suites opératoires parfaites. Le 16 décembre 1928 la malade part, est beaucoup plus calme; grosse amélioration psychique et physique.

Examen histologique du Professeur J. Martin.

Adénome thyroïdien, trabéculo-vésiculaire; les vésicules étant de petite dimension et parfois collabées avec seulement à leur intérieur une goutte de substance colloïde.

Il y a de très importantes modifications dans le stroma qui a été remanié par de l'œdème et des hémorragies interstitielles anciennes et récentes. On voit encore sur les coupes, ces accidents récents. Quant aux accidents anciens, ils ont provoqué une sclérose assez dense, que l'on retrouve nettement dans certains secteurs des préparations. En tous cas, il n'y a certainement aucune éducation qui puisse faire penser à une transformation maligne de cette tumeur.

OBSERVATION XIV

Sainte-Anne. 1929. T. I.

Mme V..., 32 ans.

Rentre dans le service pour un goitre qui, depuis quelque temps, lui causait des troubles fonctionnels et augmentait de volume, le 6 mai 1929.

Elle présente ce goitre depuis l'âge de 18 ans; il y a 6 mois, elle eut une crise aiguë avec sensation de malaise inexplicable, tendance à la syncope, vertiges; elle garda le lit pendant 8 jours. Elle présenta aussi de petits troubles de la respiration; dans la suite elle remarqua qu'il augmentait légèrement de volume.

Mariée. A 32 ans. Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

A l'entrée on est en présence d'une malade au bon état général.

T. 37°6. P. 80. T. A. 12/5,5.

On note au niveau du lobe médian du corps thyroïde, une tumeur du volume d'une grosse mandarine, de consistance égale.

Depuis 6 mois, diarrhée marquée, irritabilité du caractère, légère exophtalmie, légère dyspnée. Examen général négatif, par ailleurs.

INTERVENTION. — 7 mai 1929 (Professeur Tixier, Docteurs Bertrand, Bruyère).

Anesthésie générale: kélène, éther.

Enucléation intra-glandulaire typique. Il s'agit d'un goitre colloïde qui a été le siège d'une hématocele latente.

Suites opératoires excellentes; la malade part le douzième jour. Cicatrice très jolie.

OBSERVATION XV

Sainte-Anne. 1929. T. I.

Mlle B..., 74 ans.

La malade rentre le 9 mars 1929, pour un goitre ayant déterminé depuis 8 jours des accidents suffocants aigus avec augmentation de volume.

Cette tumeur est apparue depuis 3 ans, dit-elle, et a grossi peu à peu. Depuis 1 an la malade présente une

dyspnée à l'effort et à la marche, ainsi que du tirage et du cornage.

La malade a 74 ans, n'est pas mariée. Rien d'anormal dans ses antécédents personnels et héréditaires.

A l'entrée: malade âgée à l'aspect général assez bon.

T. 37°5. P. normal.

Urines: ni sucre ni albumine.

Présente un goitre volumineux occupant tout le corps thyroïde; goitre plongeant, car on ne sent pas le bord inférieur qui file sous le manubrium; consistance dure avec des points ramollis.

Syndrome de compression récurrentielle, toux de chien typique, veines jugulaires dilatées, lèvres cyanosées; dans les inspirations fortes tirage et cornage.

Quelques râles de bronchite aux poumons. L'examen général partout ailleurs est négatif.

INTERVENTION. — 11 mars 1929 (Professeur Tixier, Docteurs Bertrand, Freidel).

Anesthésie locale excellente (Docteur Bertrand).

Grande incision en cravate; section en travers des muscles thyroïdiens, et en mordant le sterno-cleido-mastoïdien. On trouve un plan de clivage et on arrive à luxer le goitre plongeant; immédiatement, grand soulagement pour la malade. Dans la poche rétro-sternale on aurait pu mettre un poing de femme. Hémostase très facile. Un gros drain.

A l'examen de la pièce, goitre colloïde typique très lourd avec nodules anciens calcaires; d'autres sièges de ramollissement et d'hémorragie récente.

OBSERVATION XVI Sainte-Anne. 1930. T. I.

Mme G..., 42 ans.

Entre dans le service envoyée par le Professeur Tixier

qu'elle est allée consulter pour une tumeur du cou, le 18 mai 1930.

Elle présentait cette tumeur depuis 7 ans, qui d'abord toute petite s'est mise à grossir continuellement, dit-elle, sans jamais grossir brusquement, pour en arriver au volume actuel.

Malade née à Marcinais, cultivatrice, 42 ans. Mariée. 5 enfants en bonne santé. 2 fausses couches de 2 mois, depuis. Rien d'autre à noter dans ses antécédents personnels et héréditaires.

A l'entrée on est en présence au niveau de la partie antérieure du cou: premièrement, vers le lobe gauche, d'une tumeur arrondie, du volume d'un poing, dure, élastique, de consistance régulière; deuxièmement, du côté droit, tumeur de même consistance, mais plus petite et moins extériorisée.

Malade au bon état général.

T. 37°2. P. 70.

La malade se plaint d'essoufflement et de palpitations, après la marche, ou l'ascension d'un escalier. Gêne de la parole; voie enrouée, faible.

L'examen général ne révèle rien d'anormal.

INTERVENTION. — 28 mai 1930 (Professeur Tixier, Docteurs Bertrand, Freidel).

Anesthésie locale excellente (Docteur Bertrand).

Premier temps: grande incision en cravate; deuxième temps: résection des muscles sous-hyoïdiens presque sur le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien; troisième temps: énucléation du gros goitre médian très vasculaire. Hémostase, suture de la capsule sur un gros drain; quatrième temps: tout le lobe droit du corps thyroïde est farci d'adénomes thyroïdiens sous capsulaires; on les énuclée, mais en certains points on est obligé de réséquer une partie du tissu thyroïdien. Hémostase. On fait attention car sur le flanc de la trachée, à droite,

on aperçoit parfaitement le nerf récurrent que l'on dissèque et que l'on isole de l'artère laryngée inférieure, Hémostase. Suture de la capsule hémostatique, sur un petit drain. L'anesthésie a été parfaite. La malade est légèrement choquée.

A l'examen de la pièce, on se trouve en présence de 3 goîtres kystiques avec hématomes intra-kystiques, et d'une partie du corps thyroïde farcie de petits goîtres.

L'examen histologique montre un adénome parenchymateux banal avec quelques travées inflammatoires. Pas de signes de malignité. Pas de signes de basedowisme.

Le 30 mai 1930: T. 38°8. P. 130.

Malade abattue. Aphone.

Administration de XX g. de lugol et de X g. de digitaline par jour. 1/4 mmgr. d'adrénaline.

Le 30 mai 1930: T. 41°. P. incomptable. Dyspnée vive; 1 ctgr. de morphine; IV g. de quinidine.

Morte le jour même.

OBSERVATION XVII

Sainte-Anne. 1930. T. I.

Mme B..., 46 ans.

La malade entre pour une tumeur au niveau du cou le 14 mai 1930. Elle présentait cette tumeur depuis 18 ans, mais ne s'en était jamais inquiétée jusqu'à l'an dernier, époque où elle se mit à présenter des troubles fonctionnels. En effet, la tumeur, qui était très petite, se mit à grossir brusquement à la suite d'un effroi. Alors apparut un léger enrouement de la voix et des crises d'étouffement diurne.

La malade est veuve; 1 fille de 18 ans en bonne santé; a eu une fausse couche de 3 mois après cette grossesse. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ou col-

latéraux. La malade a 46 ans. Règles irrégulières depuis 6 ans.

A l'entrée: malade au bon état général. T. 37°2. P. 80.

On note la présence, au niveau exactement de la partie médiane moyenne du cou, d'une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine, à contour régulier, mobile latéralement sur les plans profonds et sur la peau; suit le larynx dans les mouvements de déglutition; ni tachycardie ni tremblement. L'examen général ne révèle rien.

INTERVENTION. — 21 mai 1930 (Docteurs Clavel, Brunat).

Anesthésie locale, très bonne.

Incision longitudinale: Il s'agit d'un goitre kystique, siégeant au niveau de l'isthme, qu'on énuclée sans incident. Capitonnage, rapprochement des muscles sous-hyôidiens. Petit drain, sortant par l'angle inférieur; crins cutanés.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un goitre kystique qui à l'ouverture présente des magmas sanguins, avec du sang fluide tout autour.

Suites opératoires sans incidents; quitte le service 8 jours après.

OBSERVATION XVIII

Sainte-Ane, T. I, 1930.

Mme S..., 37 ans.

Entre dans le service le 24-3-30, envoyée par un étudiant, pour un kyste du poignet droit et un goitre. C'est au moment de ses dernières règles que ce dernier ayant grossi elle s'en inquiéta.

Son goitre aurait débuté il y a 18 ans, après la naissance de son premier enfant; le goitre est resté 10 ans sans progresser, puis, après la naissance d'un deuxième enfant, a nettement augmenté de volume; pendant 5 ans

il a présenté un état stationnaire, puis depuis 2 ans, de nouveau s'accroît.

La malade est bulgare mariée depuis 19 ans; 2 enfants en bonne santé; jamais de F.C. Régulée à 11 ans régulièrement. Jusqu'à ses dernières règles n'avait jamais remarqué aucune relation entre le volume de son goitre et celles-ci. Diphtérie et typhoïde étant jeune. N'a jamais eu de pleurésie, ni de contagion pulmonaire. Depuis 3 ans, apparition d'un kyste du poignet droit. A eu une tante morte à 85 ans, qui était affligée d'un goitre.

A l'entrée : malade au très bon état général. T. 37°. P. 88. T.A. 11/7,5. B.W. négatif. Urines : ni sucre, ni albumine.

Accuse une nervosité extrême et une dyspnée importante à l'effort, hypertrophie momentanée du goitre,, quand elle crie ou s'énervé.

A l'examen, le goitre occupe toute la région anti-thyroïdienne limitée par les chefs internes du sterno-cleido-mastoïdien, et plongeant en arrière du sternum; il présente une consistance molle et n'est pas douloureux. Il suit les mouvements de déglutition et peut plonger en arrière du sternum. Il n'y a aucun trouble circulatoire ni aucune compression nerveuse.

L'examen des régions avoisinantes ne révèle rien d'anormal. Pas de ganglions.

L'examen général ne montre qu'un réflexe pupillaire gauche paresseux à la lumière et un utérus en rétroversion.

Il s'agit donc d'un goitre banal ayant l'allure d'un goitre colloïde ordinaire.

INTERVENTION le 28-3-30 (Docteur Bertrand). Anesthésie locale excellente.

On pratique une énucléation intra-glandulaire typique sous capsulaire; une poche se rompt, elle contenait du liquide chocolat avec quelques petits points de raisiné caractéristique de l'hématocèle latente. Suture hémostatique à l'ordinaire; petit drain.

A l'ouverture de la pièce on constate que des portions colloïdes du goitre sont nettement kystiques avec une grande poche contenant du sang caractéristique d'une hématoecèle.

Suites opératoires parfaites.

Départ au huitième jour.

OBSERVATION XIX

Sainte-Anne, T. II, 1930.

Mme D..., 36 ans.

Envoyée dans le service le 21-9-30, pour goitre volumineux, ayant déterminé depuis 3 mois, après une augmentation de volume, des troubles fonctionnels qui ont incité la malade à rentrer.

L'apparition de son goitre remonte à 12 ans; d'abord de faible volume, il s'est mis à grossir surtout après ses grossesses.

La malade a 36 ans; est mariée depuis 8 ans et a 5 enfants en bonne santé; il y a un an, a eu une F.C. La dernière grossesse date de 3 mois et a coïncidé avec une forte augmentation du goitre. A eu à 18 ans une poussée de rhumatisme articulaire aigu.

A l'entrée : malade au bon état général. T. 37°2. P. normal.

On note un goitre volumineux avec exagération du côté du lobe gauche et de l'isthme, de consistance inégale dans certains points pseudo-fluctuants. Suit les mouvements de déglutition du larynx.

En arrière de la tumeur petits ganglions durs mobiles dans la région carotidienne.

La malade accuse de la dyspnée à l'effort, de l'instabilité du caractère et un pouls un jour rapide, un jour lent.

INTERVENTION le 29-9-30 (Professeur Tixier, Docteurs Bertrand, Freidel). Anesthésie locale excellente (Docteur Bertrand).

Il s'agit d'un gros goitre polyadénome. Successivement, par énucléation intra-glandulaire, on enlève le tiers du lobe droit, l'isthme et presque tout le lobe gauche ; on revient au lobe droit qui plonge, en bas, sus-sternal.

Dans le lobe gauche, à l'examen de la pièce, on constate 2 pôles fortement hémorragiques constituant une hématocele typique.

La malade est encore dans le service, excellent état, le 20-10-30.

OBSERVATION XX Saint-Philippe, T. I, 1929.

M. B..., 60 ans.

Le malade est envoyé par le Docteur Bertrand pour goitre basedowifié le 14 mai 1929.

C'est il y a 6 ou 7 mois que débuta l'affection par un petit goitre dans le lobe latéral droit, qui augmenta progressivement de volume, pour atteindre le volume actuel, en même temps qu'apparut un tremblement marqué des extrémités ; cependant, depuis 18 mois, dit-il, il avait déjà des troubles de caractère et des palpitations.

Malade de 60 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

A l'entrée : malade au bon état général. T. 38°. P. 100. T.A. 14,5/9.

On se trouve en présence d'un goitre dur, prédominant à droite, du volume d'une orange, suivant les mouvements du larynx. Petite hypertrophie gauche.

Déviation de la trachée et du larynx à gauche.

Tremblement généralisé ; pas d'exophtalmie, amaigrissement depuis 6 mois ; crises d'agitations. Métabolisme basal : 41,05 (13 0/00 d'augmentation).

Le 23 mai, après un traitement médical de 8 jours au

lugol, on constate : T. 37°8 P. 80. Malade calme, sans tremblement.

Le 28-5-29 : métabolisme basal : 36,5.

INTERVENTION le 11-6-29 (Docteurs Bertrand, Verrière).
Anesthésie régionale excellente.

Incision horizontale, thyroïdectomie totale sans incidents; le paquet vasculo-nerveux carotidien était appliqué par des adhérences assez serrées contre la partie postérieure et droite du lobe thyroïdien droit. La trachée était très nettement déviée à gauche. Un drain dans la loge thyroïdienne.

A l'examen de la pièce : goitre du volume d'une orange, charnu, parenchymateux, avec, à la surface de section, des traces d'hémorragie.

Le 24-6-29, le malade quitte le service complètement guéri.

Examen histologique (Docteur Pollosson) Ancienne hématocele organisée, sans signes de malignité, ni de lésions spécifiques.

Rien ne rappelle la maladie de Basedow dans la structure des éléments examinés.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique et Pathogénie

Anatomie pathologique

Nous ne nous attarderons pas sur l'étude microscopique et macroscopique des différentes variétés de goitres, étude qui est faite de façon détaillée dans les traités classiques et en particulier dans l'ouvrage de M. le Professeur Bérard, au sujet des goitres, mais nous envisagerons seulement les modifications anatomopathologiques apportées par l'infiltration sanguine de l'hématocèle thyroïdienne latente.

L'hématocèle thyroïdienne latente n'a pas en soi une anatomie pathologique propre ; la chose sur laquelle nous voulons insister d'ailleurs c'est la latence que nous pouvons rencontrer dans les différents types de goitres. Il est évident que suivant dans quel type se fera l'hémorragie, différente sera la forme anatomopathologique de l'hématocèle thyroïdienne.

On pourra ainsi distinguer 3 formes anatomo-pathologiques d'hématocèles thyroïdiennes latentes suivant que l'hémorragie se fera :

1° Dans un goitre kystique, auquel cas on se trouvera en présence de sang plus ou moins modifié, tantôt fluide, tantôt sous forme de caillots, tantôt transformés en liquide rosé, couleur de gelée ;

2° Dans un goitre parenchymateux, on aura une infiltration sanguine qui se manifestera par une imbibition totale par du sang rouge de tout le parenchyme goitreux, stade prémonitoire d'une dégénérescence ultérieure ;

3° Interstitiellement, peu abondamment et ne sera vérifiée que longtemps après sa production ; dans ce cas, on aura des transformations allant jusqu'au nodule crétacé.

On peut remarquer que ces caractères anatomo-pathologiques ne diffèrent en rien de ceux des hématocèles thyroïdiennes classiques, et que la latence de ces hématocèles thyroïdiennes, entraînant souvent des interventions très éloignées de l'époque de leur apparition, on aura des modifications d'allure différente selon que l'hématocèle a pu plus ou moins s'organiser et réagir sur les tissus environnants. On aura des variations depuis le caillot sanguin à peu près pur jusqu'au nodule crétacé entouré de zones de sclérose.

C'est d'ailleurs ce que dit le Professeur Bérard lorsque, parlant des pseudo-kystes thyroïdiens, il dit :

« Il s'agit manifestement non pas d'un kyste pr-formé, mais d'une masse solide devenue secondaire-

ment kystique par désintégration. En général, cette fonte tissulaire est déclenchée, puis accentuée par des hémorragies interstitielles lentes et progressives, de telle sorte que dans la *majorité des cas, les pseudokystes ne sont que des hématocèles thyroïdiennes*.

« L'évolution d'une telle hématocèle est lente et s'accompagne toujours d'une réaction conjonctive de voisinage plus ou moins considérable ; sa capsule s'épaissit, se sclérose, elle se double à son intérieur de couches pluristratifiées, les plus centrales purement fibrineuses, les plus excentriques, qui sont les plus anciennes, déjà en voie d'organisation conjonctive ou de dégénérescence graisseuse. De là, toutes les *combinaisons* que l'on prévoit facilement : depuis l'hématocèle contenant un caillot de sang à peu près pur dans une paroi peu altérée, encore hérissée çà et là de petites végétations épithéliales jusqu'au vieux goitre kystique à parois épaisses incrustées de plaques calcaires, rempli d'une bouillie athéromateuse, analogue à du mastic (athérome des Allemands) et toléré pendant des années sans la moindre gêne. Il est fréquent de découvrir sur des pièces opératoires des noyaux goitreux hématocéliques que rien ne permettait de soupçonner avant l'intervention.

« Lorsque l'intervention est plus tardive, l'aspect du goitre est différent. La colloïde altérée, le sang épanché, les cellules mortes ou simplement éparpillées, se confondent en une masse d'abord brun rouge, ou de lie de vin, assez consistante, dans laquelle on peut encore colorer et reconnaître quelques éléments constitutifs. Puis ces éléments se désorganisent, des

caillots fibrineux diversement teints par le pigment, des globules rouges altérés, se déposent dans les parties déclives, entraînant avec eux les débris cellulaires. Cette sorte de décantation donne un liquide résiduel plus fluide, d'ordinaire trouble et chatoyant, pailleté de cholestérine et un peu onctueux. »

A la suite de cet exposé, M. le Professeur Bérard dit : « L'on a exceptionnellement cité des hémorragies lentes et restées parfaitement latentes au niveau de kystes thyroïdiens vrais », citant ainsi le travail de notre ancien camarade Molette de Morangies sur les hématomocèles thyroïdiennes latentes. Ce dernier, dans sa thèse, a étudié aussi les caractères anatomo-pathologiques de ces hémorragies intra-thyroïdiennes que Troché avait approfondies dans sa thèse. Se basant sur les travaux de Peut, Cruveilhier, Gosselin et Mermet, Troché concluait en disant que la paroi de ces hématomocèles est nettement constituée de deux feuillets, l'un externe fibreux, l'autre interne, épithélial hémato-folliculaire.

Troché, à la fin de son étude anatomo-pathologique sur les hématomocèles dans les kystes, dit aussi : « Nous signalons aussi l'existence d'autres hémorragies : nous voulons parler des hémorragies interstitielles, c'est que les ruptures vasculaires spontanées ou provoquées par un effort violent, un traumatisme, sont fréquentes dans le goitre. Dans ce cas, le sang pourra s'enkyster, ce qui pourtant n'est pas une origine usuelle des kystes thyroïdiens. En général, il se résorbe et c'est là un point de départ fréquent de la transformation fibreuse par irritation du stroma autour de l'hématome. »

Nous-même, dans les quelques études anatomo-pathologiques faites sur les cas que nous citons, pouvons remarquer, soit la présence de sang diffus dans un goitre parenchymateux l'imbibant tout entier, soit la présence d'un caillot de sang rouge vif dans une poche kystique. Nous avons aussi constaté des magmas sanguins entourés de sang fluide dans des goitres kystiques, ou un liquide rosé couleur de gelée. Enfin nous avons vu, dans un goitre colloïde, des nodules anciens calcaires et dans un noyau adénomateux des taches blanches étoilées.

De cette étude, nous pouvons conclure que l'aspect anatomo-pathologique dû aux hématokèles thyroïdiennes latentes varie suivant qu'elles sont plus ou moins récentes et qu'elles sont survenues dans des goitres colloïdes ou parenchymateux, et ne diffère pas de celui des hématokèles thyroïdiennes classiques ordinaires.

Pathogénie

Les différents auteurs qui ont étudié le mécanisme des hémorragies intrathyroïdiennes s'accordent pour leur reconnaître comme cause l'extrême fragilité des capillaires, du système circulatoire de la tumeur et des vaisseaux qui, souvent, étant formés par une paroi extrêmement mince, quelquefois par une simple couche épithéliale, forment un réseau folliculaire extrêmement riche, et pouvant facilement se rompre,

à la suite de causes diverses, engendrant une différence de pression entre la tension sanguine et celle du contenu du goitre. Ce sang se répandra en plus ou moins grande quantité, plus ou moins rapidement, et produira les phénomènes de dégénérescence étudiés précédemment.

CHAPITRE III

Etude clinique

Etiologie

Les observations que nous avons présentées au début de cette étude représentent le nombre d'hématocèles chroniques remarquées sur une période s'étendant de 1922 à 1930 sur les goitres opérés dans le service de notre Maître le Professeur Tixier.

Sur un nombre de 70 goitres, nous relevons 22 hématocèles sur lesquelles nous pouvons en constater 20 de chroniques.

En étudiant l'âge des personnes atteintes de ces goitres spéciaux, nous remarquons qu'il varie entre 31 et 74 et que la grande majorité se trouve entre 40 et 50 ans ; fait à remarquer, car c'est l'âge de la ménopause chez la femme, entraînant chez elle des troubles circulatoires fréquents. Quand, dans les 3 cas présentés par notre ancien camarade Molette de Morangies, on relevait 1 femme pour 2 hommes, nous

sommes en présence ici de 1 seul cas chez un homme, tous les autres intéressent des femmes. Parmi celles-ci, 4 seulement étaient célibataires, et dans les autres nous ne relevons que 5 cas où elles n'avaient point eu de grossesse.

En relisant attentivement nos observations, qui ont été fouillées (notre Maître le Professeur Tixier ayant attiré spécialement l'attention de ses externes sur l'interrogatoire des malades atteints de goitre), nous pouvons remarquer que souvent, à l'occasion de règles ou de grossesses, la femme porteur d'un goitre a remarqué une modification dans le volume de celui-ci, ou une apparition de phénomènes pathologiques liés à lui, dont elle ne s'était jamais aperçue jusque-là.

Causes vraies

Comme causes vraies, nous devons donc mettre au premier plan les troubles circulatoires se produisant chez la femme au moment de la ménopause, des règles et des grossesses. Les traumatismes méconnus, les émotions violentes ne viennent que loin après.

Tableau clinique

L'étude clinique des observations nous permettra, d'autre part, d'en esquisser un rapide schéma en 3 formes :

1° Nous envisagerons d'abord la forme classique du goitre avec l'augmentation de volume marquée, sans troubles fonctionnels notables, augmentation suivant une grossesse ou une autre cause, dont la malade bien interrogée finit par situer la date.

Cette forme rentre dans le cadre des hématoécèles thyroïdiennes latentes, parce qu'en général on ne pense pas à une hémorragie et que même si on y songe, les symptômes peu accusés ne permettent pas toujours de s'y arrêter.

On peut ainsi, dans ce cas, poser un diagnostic d'hémorragie intrakystique sans pouvoir l'affirmer cependant.

2° Une seconde forme nous est donnée par les cas présentés par notre camarade, déjà souvent cité dans cet article, Molette de Morangies, avec son étude sur les hématoécèles thyroïdiennes latentes. Forme qui diffère surtout de la première par le fait qu'on n'a pu situer suffisamment le moment de l'hémorragie qui s'est traduite par une carence presque totale de symptômes. On peut remarquer, cependant, qu'ici aussi quelques symptômes auraient pu faire songer à l'hématoécèle, symptômes beaucoup plus légers que dans la forme précédente. Molette de Morangies insiste beaucoup sur la douleur. Dans certaines de nos observations, nous n'avons pu déceler aucun symptôme : est-ce insuffisance de l'interrogatoire ? Est-ce que l'hématoécèle était latente absolue ? Peut-être.

En tous cas, dans la plupart des cas, comme l'écrivait M. Bourgeois dans sa thèse à propos des abcès du cervelet d'origine otique, il n'y a pas d'hématoécèles

latentes, il n'y a que des hématoécèles méconnues. C'est dire que si l'on interrogeait ces malades à fond, on arriverait sinon à affirmer, du moins à les soupçonner presque toujours. Comme le dit notre Maître, le Professeur Tixier, il est rare de rencontrer un kyste, où qu'il soit, qui n'amène pas le malade à l'opération pour une complication. ;

3° Enfin, une dernière forme clinique est constituée par ces cas où la symptomatologie fait plutôt penser à une autre complication des goîtres, complication moins bénigne, comme une cancérisation ou un adénome toxique. Deux observations peuvent se rapporter à la première de ces complications. Dans une observation, la présence de ganglions dans les régions avoisinant le goitre, et dans l'autre, par exemple, la légère adhérence de la peau au goitre, ainsi que quelques troubles fonctionnels, coïncidant avec l'augmentation progressive de volume, ont fait penser à une cancérisation de la tumeur.

Les rapports entre la symptomatologie des hématoécèles thyroïdiennes latentes et les adénomes toxiques sont aussi à bien noter. L'observation XX de cet homme de 60 ans est absolument remarquable : tout faisait penser en lui à une transformation de goitre banal, en adénome toxique, et, à l'examen de la pièce on se trouve en présence d'un goitre parenchymateux ayant, à la section, des traces manifestes d'hémorragie ; ce qu'a confirmé l'examen histologique pratiqué par le Docteur Pollosson. A ce propos, nous nous permettons de citer une observation de la thèse de Rolland : L'Adénome thyroïdien toxique, p. 216, observation XIX (Thèse de Lyon, 1929) :

.....

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un goitre multinodulaire dont le plus gros nodule, de la grosseur d'une petite mandarine, a un centre cré-tacé. »

Jusqu'à quel point les troubles toxiques, remontant à 15 ans, dit la malade, sont en rapport avec ce noyau calcaire d'origine peut-être hémato-célique ? Il est dommage que l'examen histologique n'ait point été pratiqué.

Dans cette dernière forme, les difficultés sont insurmontables pour établir le diagnostic d'hématocèle. Seul l'examen macroscopique et microscopique pourra nous dire s'il s'agit d'une cancérisation de goitre, ou d'une transformation en adénome toxique, ou d'une hémato-cèle. Le sujet est d'ailleurs délicat, car jusqu'à quel point les modifications engendrées par l'hématocèle dans le système cellulaire de la tumeur transforment-elles les goitres banaux en goitres toxiques ? Ceci serait à approfondir.

Conclusions

1° Les hématoécèles thyroïdiennes latentes sont plus fréquentes que le demi-oubli dans lequel les ont laissées les auteurs de traités classiques sur les goîtres, aurait pu le laisser croire.

2° De 1922 à 1930, dans le service du Professeur Tixier, sur 70 malades opérés pour goitre :

20 étaient des hématoécèles thyroïdiennes latentes.

Sur ces 20 : 19 femmes, 1 homme.

3° L'hématoécèle thyroïdienne latente na pas d'anatomie pathologique propre : on trouve chez les malades que l'on opère toutes les formes classiques, depuis l'hémorragie intrakystique jusqu'à l'infiltration hémorragique d'un goitre charnu et à la transformation crétacée d'une ancienne hématoécèle.

4° C'est du point de vue clinique que ces hémorragies sont intéressantes. Elles sont latentes, ne se manifestent en général par aucun symptôme qui rappelle l'hématoécèle thyroïdienne classique.

5° Ce n'est qu'à l'intervention que le plus souvent, on trouve sous forme d'une hématocele, la cause vraie des troubles légers accusés par les malades.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 31 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

POUR LE RECTEUR :

Le Doyen délégué,

GRIGNARD.

Bibliographie

Depuis la thèse de Molette de Morangies, nous n'avons trouvé aucun travail se rapportant aux hématoécèles thyroïdiennes latentes.

Nous avons d'ailleurs voulu, avant tout, apporter les observations appartenant à M. le Professeur Tixier.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
<i>Chapitre Premier.</i> — 1 ^o Observations présentées par Molette de Morangies dans sa thèse...	11
2 ^o Observations recueillies dans le Service du Professeur TIXIER de 1922 à 1930.....	21
<i>Chapitre II.</i> — Anatomie pathologique et Patho- génie.....	49
<i>Chapitre III.</i> — Etude clinique.	55
Conclusions.. ..	61
Bibliographie.....	63

